

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 132

LE
DIAGNOSTIC
DE LA
HERNIE OBTURATRICE
ÉTRANGLÉE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
SECTION de MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 4 Juillet 1922

PAR

Ivan PAVLOFF

né à BRÉSTOVITZA (Bulgarie) le 18 Juin 1891



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
45, Quai Gailleton, 45
Téléphone 63-56

1922

LE DIAGNOSTIC
DE LA
HERNIE OBTURATRICE ÉTRANGLÉE

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 132

LE
DIAGNOSTIC
DE LA
HERNIE OBTURATRICE
ÉTRANGLÉE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 4 Juillet 1922

PAR

Ivan PAVLOFF

né à BRÉSTOVITZA (Bulgarie) le 18 Juin 1891



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
45, Quai Gailleton, 45
Téléphone 63-56

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,

Cliniques médicales	PROFESSEURS	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique		COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires		WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		LANNOIS
Chimie biologique et médicale		ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.		N.-JOSSEMAND
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Histologie		MOREAU
Physiologie.		GUIART
Pathologie interne		LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales		POLICARD
Anatomie pathologique		DOYON
Chirurgie opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		MOURIQUAND
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène.		VILLARD
Thérapeutique.		ARLOING (F.)
Pharmacologie		Etienne MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique.	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé
CADE	DUROUX	CORDIER	des fonctions
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. TIXIER, *Président*; M. PATEL, *Assesseur*;

MM. COTTE et BONNET, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON FRÈRE, A MES SŒURS

A MA FEMME, A MON FILS, A MA FILLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Lyon

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Chevalier de la Légion d'Honneur

A Monsieur le Docteur Paul BONNET

Professeur-agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Avant d'entreprendre l'exposé de notre sujet, nous tenons à assurer de notre reconnaissance tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Lyon pour l'enseignement éclairé qu'ils nous ont prodigué au cours de nos études médicales, soit à la Faculté, soit à l'Hôpital.

M. le Professeur Tixier nous fait le grand honneur de présider notre thèse; qu'il veuille nous permettre de lui exprimer notre profonde et respectueuse gratitude. Ses lumineuses et magistrales leçons de chirurgie resteront à jamais gravées dans notre mémoire.

M. le Professeur agrégé Paul Bonnet nous a inspiré le sujet de cette thèse. Nous le remercions vivement de la direction et de l'aide qu'il a si bien voulu nous apporter pendant notre travail. Nous garderons toujours le souvenir ému et respectueux de sa bienveillance et de sa cordialité.

Enfin, c'est en France que s'est terminée notre instruction médicale, et nous en sommes très fier. Nous y avons été attiré par le prestige qu'exerce au loin l'esprit français. Au moment de regagner notre pays, nous tenons à faire à la France l'hommage bien modeste, mais sincère, de notre éternelle reconnaissance. Nous emportons d'elle le plus beau souvenir et une sympathie qui restera inaltérable.

LE DIAGNOSTIC DE LA HERNIE OBTURATRICE ÉTRANGLÉE

INTRODUCTION

A la hernie obturatrice s'attache un renom de haute gravité: les difficultés du diagnostic ne sont sans doute pas étrangères à l'atmosphère d'incertitude qui enveloppe la thérapeutique chirurgicale; elles sont donc pour une grande part responsables de l'énorme mortalité qui grève encore les interventions qui s'adressent à la hernie obturatrice étranglée.

C'est l'impression qui nous reste de la lecture des observations anciennes. Il nous a paru aussi que depuis quelques années on a appris à mieux connaître les signes essentiels de cet étranglement: le nombre est déjà important des observations où l'intervention fut entreprise, une fois posé le diagnostic de probabilité, sinon de certitude, et parallèlement au diagnostic les indications thérapeutiques paraissent se préciser.

Pour cette raison, nous aurions désiré associer, dans notre travail, une étude thérapeutique à celle du diagnostic que nous apportons. Mais nous nous sommes rendu compte que c'était entreprendre une tâche considérable, entourée de difficultés exigeant un sens chirurgical très averti et malgré le nombre des observations que nous avons pu recueillir depuis 1914 (une vingtaine), nous avons, au moment même de rédiger le chapitre de thérapeutique, renoncé à entreprendre la critique des observations indispensables pour les éléments d'une conduite opératoire qui cherche encore sa voie.

Notre travail a pour origine une observation que M. le Professeur agrégé P. Bonnet a bien voulu nous confier. Elle a été rapportée à la Société de Chirurgie le mois de décembre 1921.

Dans le cas qui fut observé, le diagnostic ne fut pas fait : à côté des signes d'occlusion du grêle existait une hernie crurale irréductible, qui avait été l'objet de taxis et concentrait sur elle l'attention. A cause de ses caractères, on hésitait à rapporter à la hernie crurale les graves symptômes d'iléus, et l'on pensait que l'irréductibilité pouvait être symptomatique, secondaire à l'occlusion.

Cette observation était donc un exemple typique de l'une des difficultés qui se présentent lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic de la hernie obturatrice étranglée.

Nous pensons que nous n'aurons pas fait œuvre tout à fait inutile si nous parvenons à tracer, au cours de ce travail que nous présentons, les directives de ce diagnostic si délicat, en tenant compte naturellement des importantes publications classiques, mais surtout à la lueur des observations publiées dans ces dix dernières années, que nous nous sommes efforcé de recueillir. Elles sont, dans l'ensemble, très instructives, sans doute parce que la rareté des cas de hernie obturatrice étranglée, avec l'incertitude du diagnostic, les difficultés du problème thérapeutique ont incité ceux qui les ont observés à publier les observations, en insistant sur les difficultés avec lesquelles ils se sont trouvés aux prises.

Beaucoup d'observations anciennes, inutilisables à l'heure actuelle, peut-être, dans la discussion du problème thérapeutique, conservent tout leur intérêt lorsqu'il s'agit d'établir les bases du diagnostic.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Paul BONNET)

Hernie obturatrice étranglée

Symptômes d'iléus coïncidant avec une hernie crurale irréductible. Intervention par voie crurale, puis par laparotomie. Drainage par voie obturatrice. Mort.

Cette malade est amenée à l'Infirmierie de porte de l'Hôtel-Dieu le 14 décembre 1921, à 7 heures du soir, avec le diagnostic : *hernie crurale étranglée*.

Depuis 20 ans, elle avait constaté l'existence d'une hernie crurale droite. Celle-ci sortait par intermittences, rentrait spontanément ou sous une pression douce et n'occasionnait aucun trouble. La malade ne souffrait pas, allait à la selle régulièrement.

Elle s'était étonnée cependant depuis un an de ne jamais émettre aucun gaz.

Les accidents actuels datent du 4 décembre, donc depuis 10 jours : brusquement la hernie crurale est sortie et depuis n'a pu être réintégrée. Depuis ce jour la malade n'est plus allée à la selle. Les vomissements sont apparus de bonne heure, d'abord alimentaires, puis bilieux, puis fécaloïdes.

Un premier médecin consulté conseilla une intervention d'urgence. Il ne fut pas écouté. Un autre médecin fut appelé, qui fit des tentatives de taxis : le taxis fut couronné de succès, la hernie se trouva réduite. Mais quelques heures après elle reparut. Les accidents d'étranglement se continuèrent. Le lendemain, le médecin constatant l'échec de nouvelles tentatives de réduction manuelle, adressa la malade à l'hôpital, où elle est examinée par M. le Professeur agrégé Paul Bonnet, chirurgien de garde.

À l'entrée, la malade présente un faciès un peu grippé, le teint vultueux et cyanosé; elle exhale une forte odeur d'acétone. Température : 37°8; pouls, 90. L'arrêt des matières et des gaz est total; les vomissements sont répétés, fécaloïdes, séparés par des intervalles où les éructations sont fréquentes.

La malade se plaint de douleurs vives, sans localisation précise, plus vives cependant à l'hypogastre et du côté droit. L'abdomen est ballonné; les anses dessinent partout des bosselures sonores, tympaniques. Il semble, au dire de la malade, qu'il y ait eu auparavant des ondes péristaltiques très nettes; elles n'existent plus actuellement, mais on constate, par instants, une tension intermittente des anses.

L'attention est attirée de suite vers la hernie crurale droite. Elle est volumineuse, du volume d'une pomme, peu tendue, peu douloureuse au palper, molle, mate à la percussion, et l'on perçoit très nettement les lobules épiploïques. La douleur presque nulle à la pression sur la masse herniaire, est vive, au contraire, lorsqu'on palpe la région du canal crural au voisinage du collet.

On est frappé de la discordance qui semble exister entre l'importance des signes d'occlusion du grêle et le peu d'acuité des symptômes d'étranglement crural. La hernie semble trop volumineuse, trop peu tendue et douloureuse, pour qu'on puisse sans arrière-pensée lui attribuer les signes d'occlusion.

On pense que la hernie peut être symptomatique au cours d'une occlusion du grêle :

Est-ce une épiplocèle crurale restée en place après réduction par le taxis d'une anse grêle malade, cause de la continuation des accidents d'occlusion ?

Est-ce plutôt une épiplocèle étranglée coïncidant avec une occlusion du grêle par brides de péritonite plastique d'origine herniaire ?

Il semble difficile de préciser la cause de l'occlusion, mais on cherche par un examen plus complet à y parvenir, pour régler à l'avance, si possible, la conduite opératoire.

A la palpation de l'abdomen, on note une douleur particulièrement vive à la pression au *creux épigastrique*. D'autre part, la tension abdominale est plus dure, plus sensible au palper dans la *région hypogastrique* que dans les flancs, au point que l'on peut se demander si la vessie n'est pas distendue. Cependant la malade a uriné spontanément et le cathété-

risme de contrôle ne ramène que 100 gr. d'urine, sans modifier la tension hypogastrique.

Le *toucher rectal* ne révèle la présence d'aucune tumeur, mais l'utérus, en rétroposition considérable, presse sur la paroi antérieure du rectum.

Le *toucher vaginal* donne des renseignements importants. On ne perçoit ni fibrome, ni tumeur annexielle, mais le cul-de-sac antérieur du vagin est tendu, dur et douloureux, comme par une distension considérable de la vessie.

La vessie étant vidée, on pense que cette sensation de plénitude douloureuse est donnée par des anses grêles en occlusion, amassées au-devant de l'utérus.

A droite, dans le cul-de-sac latéral, on perçoit une corde douloureuse qui paraît être la corde épiploïque et cela semble confirmer l'hypothèse d'une occlusion du grêle par la corde épiploïque, au cours d'une épiplocèle étranglée.

On décide en tous cas, dans le doute, de la relation qui existe entre la hernie crurale et les accidents d'occlusion, d'intervenir d'abord sur la hernie et, au cas où l'on ne trouverait pas là l'explication nette de l'occlusion, de pratiquer secondairement une laparotomie.

L'intervention est pratiquée immédiatement ; une rachianesthésie à la seurocaïne (8 centigrammes) donne une analgésie parfaite.

1° TEMPS CRURAL. — Incision parallèle à l'arcade. On trouve sous les téguments un grand sac de hernie crurale renfermant un paquet épiploïque relativement peu malade. Il y a des taches nacrées d'épiploïte, des bridés, des adhérences avec le sac, mais *pas de liquide dans le sac*. L'épiploon présente un col resserré, nacré, au niveau du collet ; pour cette raison, on le résèque après une ligature au point de striction. Le moignon épiploïque est réintégré.

On aperçoit alors, à travers le sac ouvert, une anse grêle tendue et rouge. Peut-être est-ce l'anse étranglée réduite par le taxis ? On tente de l'attirer à l'aide d'une pince en cœur,

mais elle résiste. On n'insiste pas et on décide une laparotomie.

Le sac herniaire crural est réséqué, puis l'orifice crural fermé par un point.

2° TEMPS ABDOMINAL. — La rachianesthésie, excellente pour le temps crural, ne permet pas de pratiquer une laparotomie sus et sous-ombilicale. On administre donc un peu d'éther.

La laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Exentération d'anses rouges, très distendues, couvertes d'un exsudat glutineux.

Au milieu des anses distendues et rouges que l'on s'apprête à dérouler, on aperçoit une anse de coloration blanche, très réduite de volume ; elle porte des bandes : c'est le gros intestin. On suit cette anse vers la fosse iliaque droite et on découvre le cœcum sain, très réduit de dimension. L'obstacle siège donc sur le grêle, dont la partie terminale, blanche, plonge vers le petit bassin d'où on retire à pleines mains un paquet d'anses distendues, bloquées dans le pelvis. On voit alors cette anse rétractée et blanche couverte d'un exsudat pseudo-membraneux au voisinage du trou obturateur auquel elle adhère. De là même part une autre anse rouge distendue, l'anse afférente de cette hernie obturatrice étranglée.

En dégageant prudemment au doigt l'anse, on perçoit l'anneau serré, mince, tranchant, par lequel elle est étranglée. L'anse se dégage facilement, sous une faible traction ; elle est enfoncée provisoirement sous une compresse pour être examinée. L'exploration du trou obturateur permet alors de sentir un orifice arrondi, diaphragmatique, à travers lequel le doigt pénètre dans un sac profond de 3 centimètres.

L'anse extraite n'est pas gangrenée. Elle est serrée seule, sans son méso, mais c'est plus qu'un pincement latéral, car l'anse est intéressée sur toute sa circonférence. Elle présente au niveau de la partie moyenne du segment étranglée un renflement très important, diverticulaire, plus profond que le renflement qui existe habituellement, même dans un pincement latéral. (A ce moment, on ne songe pas à s'assurer d'après le siège exact s'il pouvait s'agir du diverticule du Meckel.)

Le segment étranglé a des parois épaissies, œdématisées, une lumière très étroite. Il est couvert de taches nacrées et

d'un exsudat blanchâtre de réaction péritonéale.

Une fois l'anse libérée, la branche afférente se contracte immédiatement. On peut au doigt faire passer facilement le contenu de l'intestin de la branche afférente dans la branche efférente. On juge inutile de pratiquer la résection.

On se contente donc de la réduction et on ferme l'abdomen après une réintégration un peu laborieuse des anses grêles.

3° TEMPS, VOIE OBTURATRICE. — Il semble que la réduction seule de l'anse soit insuffisante pour mettre à l'abri d'une récurrence. L'orifice interne du trou obturateur est resté béant. Les lèvres de l'orifice sont couvertes de fausses-membranes de péritonite, comme l'anse réintégrée elle-même. Il semble probable que très rapidement l'anse viendra adhérer à nouveau au voisinage du trou obturateur et s'y engager. Il convient donc d'obturer l'orifice interne. On ne s'est pas arrêté à l'idée de le faire par voie abdominale, car il faut aller vite. Il y a des lésions de péritonite plastique au voisinage de l'orifice et que l'abord par laparotomie médiane n'est pas très favorable à une intervention minutieuse sur le trou obturateur interne. Aussi se résout-on à placer par voie obturatrice, un drain volumineux dans le sac, dans le but d'en obturer l'accès par l'orifice interne, de drainer et de permettre des manœuvres sur l'anse malade au cas où elle présenterait des lésions secondaires et viendrait adhérer à l'orifice.

On agrandit donc l'incision crurale dans la direction du muscle pectiné; on dissocie les fibres du pectiné de celles de l'adducteur.

On dégage le sac que l'on ouvre et l'on introduit dans le sac jusqu'à l'orifice interne qu'il doit obturer, un très gros drain à parois épaisses, qui ressort par la plaie crurale. Celle-ci est partiellement fermée autour du drain.

Injection rectale et sous-cutanée de sérum artificiel.

Dans le cours de la nuit, la malade a une évacuation extrêmement abondante de matières liquides, noirâtres. Miction spontanée.

Le lendemain, la température s'élève à 40°2. Le pouls est à 140, petit, filant, irrégulier. La malade succomba dans la matinée.

DIAGNOSTIC

Les difficultés du diagnostic.

Il est généralement admis que le diagnostic de la hernie obturatrice étranglée est des plus difficile à établir. La formule classique de Krônlein : « *Le diagnostic de la hernie obturatrice non compliquée est à peine possible; celui de la hernie obturatrice étranglée pour le moins incertain* », peut être admise encore, car il est exact que, dans la plupart des cas publiés, le diagnostic ne put être porté avant l'intervention.

Dans ces dernières années, cependant, le nombre des observations où le diagnostic fut établi de façon précise avant l'opération et confirmé par elle, semble montrer que la valeur des symptômes commence à être mieux connue. Les uns paraissent, en effet, assez caractéristiques ; d'autre part, leur association permet, lorsqu'on y songe, d'établir avec probabilité le diagnostic de hernie obturatrice étranglée.

Et même la *hernie obturatrice simple*, en l'absence de tout étranglement, a pu être reconnue parfois. Nous en avons rencontré, au cours de nos recherches bibliographiques plusieurs observations récentes

Mais il y a de grandes différences d'un malade à à côté des cas où les symptômes essentiels dont nous l'autre dans les difficultés qu'offre le diagnostic : parlerons attirent d'emblée l'attention et orientent vers un diagnostic formel ;

à côté d'autres cas où l'ensemble des symptômes réunis offre un tableau clinique suffisamment caractéristique pour que, bien interprété, il permette de porter un diagnostic de probabilité ;

il y a des formes sur lesquelles *Rose* a attiré l'attention :

Formes occultes, dans lesquelles, à côté des symptômes d'ileus, existent des symptômes de localisation (névralgie du nerf obturateur), importants si l'on sait en interpréter la valeur ; mais il n'y a pas de hernie apparente dans la région obturatrice : ces formes répondent le plus souvent au *pincement latéral* assez fréquent dans la hernie obturatrice.

Formes latentes, où le syndrome d'occlusion retient seul l'attention ; aucun signe local ne révèle l'existence de la hernie obturatrice.

» Nous ajouterons qu'il y a des observations assez nombreuses, comparables à celle que nous rapportons, où le diagnostic se trouve désorienté par la présence d'une autre hernie irréductible, hernie crurale le plus souvent, qui concentre sur elle l'attention. Pareille éventualité se présente assez fréquemment :

Jaboulay et Patel l'avaient nettement signalée. « Il est arrivé à beaucoup, comme à nous-même, de se

trouver en présence d'une hernie obturatrice étranglée et d'une hernie inguinale ou crurale sortie du ventre. L'opération portait sur la hernie inguinale et la mort arrivait par continuation des accidents. »

Pour toutes ces raisons, on ne peut prétendre faire à coup sûr, et dans tous les cas le diagnostic de la hernie obturatrice étranglée.

Nous allons tenter d'exposer ici les éléments du diagnostic avec les difficultés d'interprétation qu'ils présentent :

1° Diagnostic positif.

Les signes cardinaux, qui, lorsqu'ils se trouvent réunis, permettent d'établir un diagnostic précis au point qu'il soit possible de décider à l'avance la conduite thérapeutique sont essentiellement :

La coexistence :

- a) Des signes d'occlusion du grêle qui ne manquent pour ainsi dire jamais ;
- b) *Des signes de localisation au niveau de la région obturatrice.* Ces derniers sont extrêmement frustes, et, lorsqu'ils existent, sont d'une interprétation délicate.

Des éléments secondaires peuvent être utilisés, d'après la connaissance :

- a) des données de l'*Étiologie* ;
- b) de l'étude des *Anamnestiques*.

Les signes cardinaux.

a) Les signes d'occlusion.

Ce sont des signes d'occlusion du grêle. Ils sont constants, mais ils peuvent être sous la dépendance de causes diverses, et ils sont communs à toutes les variétés de hernies à l'état d'étranglement.

A eux seuls, heureusement, dans les cas où la précision du diagnostic n'a pu être poussée plus avant, ils suffisent à imposer l'indication formelle d'intervenir. C'est alors la laparotomie qui est pratiquée ; elle permet de découvrir la hernie obturatrice, origine de l'occlusion.

Les erreurs ou imperfections du diagnostic ne sont donc pas, au total, très préjudiciables au malade, puisque dans tous les cas on est conduit à l'intervention par les symptômes d'occlusion, et que l'intervention pratiquée se trouve être précisément la laparotomie, intervention de choix, semble-t-il, à l'heure actuelle.

Cependant, l'incertitude du diagnostic est toujours l'occasion d'un certain flottement dans la conduite de l'acte opératoire : la durée s'en trouve prolongée, avec les risques qu'elle comporte chez des malades affaiblis ; d'autre part, certains incidents opératoires pourraient être évités s'ils étaient prévus.

Il y a donc tout intérêt à établir si possible un diagnostic précis, avant d'intervenir par laparotomie sur le seul symptôme d'occlusion.

b) Les signes de localisation.

Associés aux symptômes d'ileus, ils permettent d'en déterminer la cause et de localiser l'obstacle.

Il est classique de dire que lorsqu'on se trouve en présence des signes d'iléus, il faut d'abord examiner les orifices herniaires habituellement en cause; si on les trouve libres il faut penser à la hernie obturatrice. Le conseil est judicieux, mais, en pratique, la rareté de la hernie obturatrice, comparée à la fréquence des autres causes d'occlusion, fait que l'on n'a pas ce réflexe d'un examen systématique, à moins de l'avoir acquis pour toujours par une erreur de diagnostic instructive.

Encore faut-il, même averti, rencontrer un ensemble de signes positifs susceptibles d'être interprétés, ce qui n'est pas toujours donné.

Les symptômes de la localisation particuliers à la hernie obturatrice étranglée sont :

a) *Une tuméfaction dans la région obturatrice ;*

b) *Des symptômes accessoires, mais souvent caractéristiques ; ils sont parfois évidents, mais souvent aussi demandent à être recherchés par une exploration minutieuse. Ce sont :*

La névralgie du nerf obturateur (signe de Howship-Romberg) ;

La douleur à la pression dans la région obturatrice ;

Des signes tirés de l'exploration vaginale ou du toucher rectal.

a) *La tuméfaction dans la région obturatrice.* — La tuméfaction herniaire peut être caractéristique : « Un peu en dedans de l'anneau crural droit se trouve, grosse comme une pomme, tendue et douloureuse à la pression, la masse herniaire. » (Wagner.)

Mais il est tout à fait exceptionnel que la hernie soit aussi évidente. Le plus souvent, c'est une simple tuméfaction, une voussure mal circonscrite, bridée sous la sangle amincie des fibres du pectiné. Il faut alors la rechercher, l'explorer par comparaison avec le côté sain ou même entreprendre délibérément la recherche systématique par les manœuvres recommandées par English, car malgré que le plus souvent la malade soit très amaigrie, la seule manifestation extérieure peut n'être à la vue et au toucher qu'une sensation de plénitude du triangle de Scarpa qui comble, du côté malade, une fosse qui, du côté sain, apparaît plus déprimée.

English recommande d'examiner la malade debout si possible, et en position horizontale, d'explorer la tuméfaction dans les positions d'extension et de flexion, d'adduction et d'abduction de la cuisse, car il arrive alors que la tumeur se modifie d'aspect et de forme aussitôt que le pectiné ou les adducteurs entrent en contraction.

Il est exceptionnel de pouvoir observer les symptômes habituels d'une hernie : impulsion à la toux, le doigt étant appliqué sur la région obturatrice; matité ou sonorité à la percussion.

Par ailleurs, il n'est pas toujours facile de localiser la tuméfaction que l'on perçoit à la région obtura-

trice, en l'absence d'autres symptômes révélateurs qui permettent de la distinguer d'une hernie crurale.

En fait, ce diagnostic de localisation est très difficile, puisque dans une statistique de 56 cas, réunis par Meyer, dans cinq cas (presque 9 0/0), on opéra avec le diagnostic de hernie crurale étranglée, alors qu'il s'agissait d'un étranglement dans le trou obturateur.

Comme dans un certain nombre de cas, ces deux sortes de hernies coexistent, cette circonstance augmente encore de beaucoup les difficultés du diagnostic.

Enfin, la tuméfaction révélatrice de la hernie manque souvent: Meyer ne l'a trouvée signalée, parmi ses observations, que 17 fois sur 56 cas, soit 30,36 % des cas. Les observations que nous avons nous-même réunies ne mentionnent son existence que dans 1/5 des cas.

Et nous passons sous silence les autres causes d'erreur auxquelles peuvent donner lieu les différentes tumeurs du triangle du Scarpa.

De sorte, qu'en fin de compte, la tuméfaction de la région obturatrice, qui semble à priori être un signe de première importance, se trouve être tout à fait inconstant et d'une interprétation délicate.

b) *Les symptômes accessoires* qui accompagnent la hernie obturatrice sont, dans quelques cas, assez caractéristiques pour acquérir une valeur pour ainsi dire pathognomonique :

1° La *névralgie du nerf obturateur, signe de Howship-Romberg*, est le plus particulier de ces symptômes, celui qui distingue la tuméfaction, quand elle existe, des autres variétés de hernie.

Ce signe fut d'abord brièvement esquissé par Howship en 1840, puis décrit par Romberg de façon remarquable en 1847.

Il traduit la compression des filets sensitifs du nerf obturateur. La situation de ce nerf, en dehors du sac herniaire serré dans l'anneau rigide que forment le rebord osseux et la membrane obturatrice, suffit à expliquer la comparaison.

D'autre part, les filets du nerf obturateur peuvent être soulevés au-devant du sac herniaire qu'ils brident, et ainsi étirés. Plus tard, du fait du développement du sac, ils seraient susceptibles de glisser sur le plan du sac, de se luxer sur le côté. Cette modification secondaire de position semble pouvoir expliquer la disparition secondaire du signe de Romberg et certaines variations dans l'apparition et l'intensité de ce signe. (Körte.)

Il consiste essentiellement en une douleur irradiée à la face interne de la cuisse, jusque sur le côté du genou.

La douleur peut revêtir plusieurs formes : sensation de piquûre, de déchirure ; crampes de grande intensité survenant par intermittences ; sensation de fourmillement ou d'engourdissement que le malade ressent jusqu'au côté interne du pied ; douleurs sourdes et profondes qui siègent dans la profondeur de la région antéro-interne de la cuisse.

Certains mouvements peuvent être douloureux, particulièrement quand l'existence d'une paralysie motrice compromet l'équilibre des masses musculaires; le malade peut alors localiser la douleur à l'articulation de la hanche, à la face externe de la cuisse, de telle sorte qu'il s'efforce de maintenir le membre immobile et la hanche en flexion.

Au repos, il arrive que l'attitude du membre soit caractéristique. La malade maintient la cuisse en flexion et rotation externe. (Sohn, Steinigger.)

Le signe de Romberg est certainement le plus caractéristique. Il est pathognomonique le plus souvent.

Dans un assez grand nombre de cas, il attire l'attention, car les malades se plaignent spontanément de cette névralgie si spéciale ou de douleurs rhumatismales dont il devient possible de reconnaître le véritable caractère.

Mais souvent aussi le signe de Romberg est un symptôme passager du début, susceptible de disparaître (Körte, Jaboulay, Bérard), et qu'il faut rechercher dans les commémoratifs, dans les traces laissées à la cuisse ou au genou par les applications calmantes.

Il faut surtout songer à le rechercher de façon systématique, car les malades ne l'indiquent pas toujours spontanément.

Jaboulay, puis le *Professeur Bérard* ont insisté sur la nécessité de cette exploration systématique de la douleur. Pour eux, le signe de Romberg est un symptôme d'une grande constance, et s'il n'est pas plus souvent signalé dans les observations, c'est qu'on n'a pas songé à le rechercher.

On le réveille par pression sous le pubis, en dedans des vaisseaux fémoraux ; celle-ci peut donner lieu à une véritable crise névralgique.

Le signe de Romberg, cependant, peut manquer. Meyer ne le trouva signalé que dans 32 % des cas. Il était positif dans 50 % de nos observations, négatif dans quelques cas où il fut cependant recherché. Sans doute, la compression peut manquer dans les cas de hernie volumineuse où la membrane obturatrice est effondrée ou lorsque, comme dans l'observation de Picqué, le contenu du sac renferme, outre l'intestin, l'épiploon ou d'autres organes susceptibles d'amortir la compression.

« Mais de si grosses hernies sont l'exception ; d'ordinaire, la tumeur reste marronnée et l'étranglement reconnaît comme cause le princement latéral d'une anse grêle, alors le signe de Romberg est constant, et s'il s'agit de la forme interstitielle, sans tuméfaction appréciable à l'extérieur, sa constatation suffit pour permettre d'affirmer le diagnostic de hernie obturatrice étranglée, quand il concorde avec le tableau clinique de l'obstruction intestinale. »

Jaboulay a pu, à trois reprises différentes, reconnaître, par la présence de ce signe concordant avec le tableau clinique de l'obstruction intestinale, des étranglements de hernie ovalaire, dont rien autre à l'extérieur ne traduisait l'origine. Il estimait que dans ces circonstances la névralgie du nerf obturateur est pathognomonique, car les cas où elle se produit en dehors de la hernie sont exceptionnels. (L. Bérard.)

Le signe si important de Romberg peut être cepen-

dant par lui-même une cause d'erreur, car il existe dans d'autres affections, exceptionnellement il est vrai, et certains auteurs se sont laissés entraîner par la confiance qu'ils lui accordaient à des erreurs de diagnostic que nous signalerons plus loin, car elles illustrent bien les extrêmes difficultés du diagnostic.

2° *La douleur à la pression sur la région obturatrice* se confond dans la plupart des cas avec la névralgie de l'obturateur, qu'elle concourt à révéler ; mais elle peut exister seule et revêtir les caractères habituels de la douleur à la pression sur le sac que l'on observe au niveau des autres hernies. Il s'y ajoute ce fait que cette pression est susceptible de déclancher une sensation douloureuse dans tout le bas-ventre.

C'est un signe de grande valeur. La résistance douloureuse au niveau de la région obturatrice a permis de faire le diagnostic dans des cas où manquait la tuméfaction et les irradiations de la névralgie du nerf obturateur.

3° *Les signes tirés de l'exploration vaginale et du toucher rectal* sont un complément important qui ajoute sa valeur à celle des autres signes dont nous venons de parler.

Dans les cas où cette exploration donne les résultats les plus nets, on observe, après cathétérisme de la vessie, et, chez les malades à petit bassin, dans la région du trou obturateur une sensation de résistance spéciale, élastique, très douloureuse à la pression la plus légère. Grunfeld prétend même qu'il est possible

de percevoir un infundibulum. Le plus souvent, on éprouve au toucher vaginal la sensation d'une masse empâtée et douloureuse qui paraît correspondre à la tension et au météorisme de l'anse afférente ; ailleurs, c'est la sensation d'une corde tendue que l'on peut percevoir.

Les renseignements donnés par cette exploration sont associés aux autres symptômes cardinaux, principalement d'après Meyer, dans les cas où le diagnostic est en suspens entre la hernie crurale étranglée et la hernie obturatrice.

Nous pensons cependant qu'ils sont d'une interprétation difficile : Dans l'observation de M. le Professeur agrégé Bonnet, les renseignements fournis par le toucher rectal et l'exploration vaginale étaient intéressants, mais de bien faible valeur localisatrice. La vessie une fois vidée, l'utérus se trouvait en retroposition extrêmement accusée, du fait de l'accumulation d'anses grêles au-devant de lui ; le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac latéral droit donnaient la sensation d'une masse rénitente et douloureuse, mais l'accumulation des anses grêles dans le petit bassin suffisait à l'expliquer.

On percevait, en outre, par le cul-de-sac latéral, la sensation d'une corde tendue, mais elle fut interprétée comme la corde épiploïque tendue vers l'orifice crural, où existait une masse d'épiploon irréductible. D'autre part, dans une autre observation où M. le Professeur agrégé Bonnet avait songé à la possibilité d'une hernie obturatrice, d'après les renseignements du toucher vaginal, il se trouva par la laparotomie

en présence d'un étranglement dans l'orifice crural. Nous ne croyons donc pas que les symptômes fournis par le toucher vaginal soient susceptibles de servir, comme le croit Meyer, à différencier la hernie crurale de la hernie obturatrice.

Il convient donc de ne pas attendre des résultats de grande valeur de ces constatations isolées.

Nous pouvons retenir toutefois que les signes fournis par cette exploration peuvent être un utile complément du diagnostic dans les cas où d'autres symptômes ont déjà orienté vers la hernie obturatrice.

Les éléments secondaires du diagnostic.

Nous venons de décrire les signes fondamentaux sur lesquels repose le diagnostic positif de la hernie obturatrice étranglée. A côté d'eux peuvent se placer, à titre de complément, des considérations tirées de l'*étiologie* et des *anamnestiques*.

Les premières ne peuvent être utilisées, pour ainsi dire, que pour le contrôle de toutes les probabilités, dans les cas douteux. Ils n'ont jamais par eux-mêmes suffi à attirer l'attention sur la possibilité d'une hernie obturatrice, tandis que les renseignements recueillis sur les anamnestiques ont parfois, à eux seuls, orienté le diagnostic.

a) *Considérations tirées de l'Étiologie*

Les conditions étiologiques dans lesquelles on observe la hernie obturatrice étranglée sont tellement spéciales que nous pensons pouvoir dire que les cas qui semblent les plus caractéristiques, s'ils s'écartent de la règle habituelle des conditions étiologiques, doivent être tenus pour suspects, et que l'on doit hésiter à affirmer le diagnostic de hernie obturatrice étranglée.

La hernie obturatrice étranglée s'observe presque toujours chez la *femme*, dans la proportion de 90 %. Toutes les statistiques concordent sur ce point, et les données de nos observations atteignent la proportion de 93 %.

La hernie obturatrice étranglée s'observe de façon presque exclusive chez des *femmes âgées de plus de 60 ans*, ceci dans la proportion de 80 %.

Presque toujours il s'agit de femmes très *amaigries*.

Les renseignements sur le côté qui est le plus fréquemment le *siège* de la hernie obturatrice ne concordent pas ; alors que Meyer trouve une proportion de 60 % du côté gauche, nous trouvons cette proportion de 60 % du côté droit. On n'en peut donc tirer aucune conclusion.

b) *Renseignements fournis par les anamnestiques*

Ils peuvent être importants et permettre de rapporter l'iléus à sa véritable cause.

Dans des cas assez rares, l'existence de *crises antérieures* où les douleurs s'étaient manifestées brusque-

ment avec irradiation à la cuisse, en même temps que s'installaient des symptômes d'occlusion, permet d'établir le diagnostic.

La malade chez laquelle Van Zwalenbourg (Surgery, Gynecology and Obstetric, 1913), fit le diagnostic de hernie obturatrice double en l'absence d'étranglement, souffrait depuis 26 ans de coliques abdominales, qui survenaient subitement et duraient quelques minutes ou quelques heures, avec parfois nausées et vomissements, et fréquentes irradiations dans la cuisse gauche. Les crises survenaient tous les six mois, mais pouvaient se montrer jusqu'à deux fois dans la même semaine.

Depuis trois ou quatre ans, elle avait remarqué que dans la marche la position inclinée du tronc soulageait la douleur.

La pression sur la région des adducteurs, au moment des crises douloureuses, faisait disparaître la douleur, et l'on avait l'impression qu'une tuméfaction de la région se réduisait au même moment comme une hernie.

La hernie obturatrice est *sujette à récurrence*. Elle est aussi quelquefois *bilatérale*. Ce sont là des considérations qui, dans plusieurs cas, ont pu être utilisées pour le diagnostic. Enderson, Sprengel, Von Meer, Gundermann, Hohmeier ont pu, chez des malades antérieurement opérés de hernie obturatrice, porter avec probabilité le diagnostic de récurrence ou celui de hernie obturatrice du côté opposé.

2° Diagnostic différentiel.

Tel est l'ensemble des symptômes positifs que l'on peut rencontrer dans la hernie obturatrice étranglée associée ou non.

Et ceci semble pouvoir nous dispenser d'entreprendre un diagnostic différentiel.

Aussi n'avons-nous pas l'intention de signaler les erreurs de diagnostic qui ont été commises, et nous pourrions dire :

« La méthode la plus certaine d'établir le diagnostic de la hernie obturatrice étranglée est d'y penser et d'en rechercher les signes de façon systématique. »

Il paraît évident que plus on rencontre de symptômes associés, plus le diagnostic semble être établi avec probabilité.

Cependant, nous désirons retenir l'attention :

1° D'une part, pour la possibilité pour d'autres affections de revêtir le masque de la hernie obturatrice étranglée :

Il y a des erreurs classiques que l'on trouve reproduites un peu partout et qui illustrent bien les difficultés du diagnostic.

Dans le cas de *Landerer*, une *ostéomyélite du bassin* s'accompagnait du signe de Romberg.

Kronlein crut pouvoir, chez un enfant de 12 ans, por-

ter le diagnostic de hernie obturatrice étranglée ; il y avait réunis des signes d'occlusion intestinale et le signe de Romberg. Il s'agissait en réalité d'une collection péritonéale enkystée qui exerçait une compression sur le nerf obturateur et donnait le signe de Romberg typique. De plus, cet épanchement exerçait sur le rectum une compression qui était la cause de signes d'occlusion. Le jeune âge seul et l'élévation de température allaient à l'encontre du diagnostic.

Le cas d'*Eichel* offrait le tableau typique de la hernie obturatrice étranglée. Un jeune soldat présentait des signes d'iléus avec une névralgie de l'obturateur qui concentrait toute l'attention. On trouvait à la palpation de la région obturatrice une tuméfaction douloureuse, et le toucher rectal révélait de même l'existence d'une tuméfaction douloureuse au voisinage du trou obturateur.

Il s'agissait en réalité d'une ostéomyélite avec abcès, qui siégeait à la paroi antérieure du trou obturateur. L'abcès périrectal entraînait en outre les signes d'occlusion.

2° D'autre part, sur les causes d'erreur d'interprétation qui peuvent naître de la *coexistence fréquente d'une hernie crurale*.

Un certain nombre de malades sont opérées avec le diagnostic de hernie crurale étranglée. Cela tient pour une part à la grande difficulté qu'il y a à rapporter la tuméfaction herniaire à son siège véritable. Nous avons déjà dit les variations de formes et de siège

dans la hernie obturatrice. Elle déborde sur la région crurale, et l'on pense plus volontiers à la hernie crurale. Cependant, cette dernière est habituellement, lorsqu'elle est étranglée, mieux limitée dans son siège, plus nettement circonscrite dans sa forme, alors que la hernie obturatrice présente une tuméfaction plus diffuse, mais qui peut être localisée, dans les cas habituels, près de la ligne médiane de la hernie crurale. Il semble bien cependant que la confusion soit possible, puisque dans 9 0/0 des cas on crut à l'existence d'une hernie crurale, alors que le siège de la hernie était dans la région obturatrice.

Mais une autre cause d'erreur, plus difficile à éviter celle-ci, car elle est une erreur d'interprétation, est la *coexistence d'une hernie crurale*.

C'est à cause d'elle que le diagnostic reste imprécis dans l'observation de M. le Professeur agrégé Bonnet.

La hernie crurale, qui existait de date ancienne, était devenue irréductible en même temps que s'installait le signe d'occlusion. Le taxis avait été pratiqué de telle sorte que l'on pouvait songer à des accidents d'étranglement interne en rapport avec des lésions de l'anse. On pense bien aussi que l'irréductibilité de la hernie crurale pouvait être due à l'existence même des accidents d'occlusion, mais on ne pouvait pas établir le diagnostic précis de la cause.

C'est là une éventualité qu'il faut bien connaître. Jaboulay et Patel l'ont mise en évidence dans leur article du Traité de Chirurgie. Beaucoup d'autres auteurs la signalent. Parmi les 56 observations de Meyer, sept

fois il y avait, en même temps que la hernie obturatrice, une hernie crurale.

Ces cas sont d'un diagnostic très délicat, car la hernie crurale peut être devenue subitement irréductible, comme cela se voit au cours des occlusions, avoir été l'objet de manœuvres de réduction qui permettent de penser à des accidents dus au taxis.

De sorte que la hernie crurale concentre sur elle toute l'attention et *désoriente* le diagnostic. C'est à elle que l'on rapporte, logiquement semble-t-il, les accidents d'iléus.

C'est alors que le signe de Romberg trouve toute sa valeur, car c'est lui qui impose le diagnostic de localisation.

En résumé :

Il reste donc vrai que le diagnostic de la hernie obturatrice étranglée est extrêmement difficile à établir.

Dans l'ensemble, les signes essentiels semblent actuellement mieux connus, si l'on prend pour base la statistique ancienne d'English (1891) et celle relativement récente de Meyer (1914).

English avait réuni 118 cas, parmi lesquels 18 seulement avaient été diagnostiqués, soit environ 15 %.

Dans la statistique de Meyer, qui porte sur 56 cas plus récents, le diagnostic de hernie obturatrice étranglée put être porté dans 24 cas, soit environ 42 %.

Nous avons personnellement recueilli un certain nombre d'observations publiées depuis 1914. Le diagnostic put être porté de hernie obturatrice étranglée dans 8 cas sur 26, soit dans 31 % des cas.

Aussi croyons-nous pouvoir dire que s'il semble vrai, en général, que les symptômes de la hernie obturatrice étranglée sont mieux connus à l'heure actuelle, l'expérience de ceux qui l'ont une fois observée n'a pas toujours servi à ceux qui la rencontrent pour la première fois.

La première condition nécessaire pour porter le diagnostic de hernie obturatrice étranglée, à moins que des signes évidents ne soient une révélation, est de songer à son existence.

Il faut ensuite connaître les causes d'erreur, qui sont nombreuses, de façon à les éviter par une interprétation judicieuse.

CONCLUSIONS

Le diagnostic de la hernie obturatrice étranglée ne peut être, dans la plupart des cas, qu'un diagnostic de probabilité. Dans quelques cas, cependant, il peut être établi de façon formelle avant l'intervention sur la base des signes suivants :

Coexistence :

a) Des symptômes *d'occlusion* du grêle, qui sont constants ;

b) Des signes locaux susceptibles d'attirer l'attention sur la région obturatrice :

1° *Tuméfaction de la région obturatrice*, symptôme inconstant et d'une interprétation difficile ;

2° *Néuralgie du nerf obturateur* (signe de Romberg), signe à peu près pathognomonique et qui existe dans plus de la moitié des cas ;

3° *Douleur à la pression* au niveau de la région obturatrice ;

4° Résultats fournis par le toucher rectal et l'exploration vaginale.

c) Des conditions étiologiques habituelles, ici très particulières, car la hernie obturatrice étranglée ne se voit à peu près que chez la femme, chez la femme très âgée, presque toujours très amaigrie.

d) Les anamnestiques peuvent mettre sur la voie de diagnostic dans les cas de récive.

Une des principales difficultés dans l'interprétation de la valeur des signes provient de la coexistence fréquente d'une hernie crurale qui se trouve, du fait de l'occlusion, devenue irréductible et détourne sur elle l'attention.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 13 Juin 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

